

6
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

141

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 mars 1892, à 1 heure

Par ALARY (HENRI-LOUIS-MARIE-JACQUES)

Né le 24 août 1859, à Villeneuve-sur-Vère (Tarn)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE

Leur étiologie — Leur traitement

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
OLLIVIER, RICARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

141

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 mars 1892, à 1 heure

Par ALARY (HENRI-LOUIS-MARIE-JACQUES)

Né le 24 août 1859, à Villeneuve-sur-Vère (Tarn)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE

Leur étiologie — Leur traitement

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
OLLIVIER, RICARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.
MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrévés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTNER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Médecin des hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE

Leur étiologie — Leur traitement

INTRODUCTION ET BUT DE L'ÉTUDE

Pendant le temps que nous avons passé à l'Infirmerie spéciale de la prison de Saint-Lazare comme interne dans le service de M. le Dr Verchère, nous avons été frappé de la difficulté qu'il y avait de guérir les abcès de la glande vulvo-vaginale, de la facilité particulière à cet abcès de devenir chronique et de récidiver d'une manière plus ou moins fréquente. Nous avons de plus remarqué, ce que beaucoup d'autres ont signalé avant nous, la présence presque constante de la blennorrhagie ou autres affections de même origine coïncidant avec ces mêmes abcès.

Cette maladie résistait presque toujours aux traitements des autres abcès ordinaires et nous avons aussi remarqué

que l'ouverture seule, même après l'intervention du bistouri, ne guérissait qu'incomplètement cette affection et que plus tard il y avait récidive ou formation de fistules à trajets plus ou moins sinueux et variés d'où suintait un liquide muco-purulent, fistules intarissables qu'on ne pouvait faire disparaître que par de nouvelles opérations chirurgicales. Tandis que si du premier coup aussitôt l'abcès bien diagnostiqué, on faisait de suite l'ablation entière de la glande et de son conduit excréteur, on arrivait rapidement à la guérison sans qu'il y ait dans la suite aucune récidive ni aucune fistule. Ce sont ces différentes remarques qui nous ont déterminé à prendre comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude bactériologique de ces abcès, et du traitement de cette affection. Car il est bien évident qu'il n'y a qu'un microbe qui, logé plus ou moins profondément, soit dans les conduits, soit dans les alvéoles de la glande où il reste inexpugnable, puisse en se reproduisant sans cesse causer cette maladie si difficile à guérir si l'on n'a pas recours à une opération chirurgicale radicale.

Nous allons donc examiner dans cette étude :

1° S'il existe un microorganisme spécial en rapport avec l'étiologie presque constante de l'abcès, c'est-à-dire la blennorrhagie dans les bartholinites aiguës ou bien dans les chroniques qui ont déjà apparu plusieurs fois et qui ont déjà été ouvertes.

2° Nous verrons ensuite si ce microorganisme trouvé isolé et cultivé, peut se reproduire.

3° Nous examinerons en dernier lieu quels sont les endroits de la glande où l'on trouve ce microorganisme

et quelle est l'opération la plus sûre à faire subir à la malade pour la débarrasser le plus rapidement possible d'une affection dangereuse tant pour la femme à cause des fistules qu'elle peut provoquer que pour l'homme à cause de sa transmissibilité par l'acte du coït ou tout autre manière.

Mais avant d'aborder notre sujet nous nous permettrons de remercier M. le Dr Fournier qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale. M. le Dr Verchère, ancien chef de clinique chirurgicale et chirurgien de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare, pour les bons conseils et la bonne direction qu'il nous a prodigués pendant tout le temps que nous sommes resté dans son service comme interne et la bienveillance qu'il a mise pour nous faciliter cette étude. Je remercierai également MM. les Drs Polaillon, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, et Audhouï, tous deux médecins des hôpitaux de Paris, pour les soins qu'ils ont bien voulu donner, soit à nous, soit à notre famille, et de la bonne direction qu'ils nous ont donnée dans leur service. Je n'oublierai pas non plus M. Meillère, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, préparateur à l'Académie des Sciences, et Malfuson Henry, interne en pharmacie de ce même hôpital, qui ont bien voulu se mettre à notre service pour guider nos cultures de ce microorganisme et dont le poids scientifique sera pour nous une garantie pour nos résultats.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET DISCUSSIONS SUR LE GONOCOCCUS DE NEÏSSER.

Le microorganisme spécifique de toute affection blennorrhagique est sans contredit le gonococcus de Neïsser. L'existence de ce microorganisme a été longtemps et longuement discutée, soit dans les ouvrages scientifiques de nos différents maîtres, soit dans les thèses parues pendant les années précédentes.

Les uns ont cru à une (1) *algue genitalia*, d'autres ont cru que cette affection était produite par le *fricho monas vaginalis* et le *vibrio lineola* (2). Mais on doit remarquer que déjà à cette époque ces savants et microbiologistes cherchaient à attribuer la blennorrhagie des organes génitaux, de même que ses manifestations en dehors de ces organes à un microorganisme spécial qui serait pour eux spécifique de cette affection. Nous ne ferons pas ici un historique détaillé de ce microbe, car depuis dix ans qu'il est connu il y a eu ouvrages sur ouvrages, thèses sur thèses de parus, où l'on trouve de très bonnes descriptions et de très complètes études de ce microorganisme. Nous ne ferons donc qu'emprunter à nos devanciers cette

1. Jousseaume.

2. Donné.

partie de notre étude en la complétant autant que nous le pourrons.

Nous citerons surtout la thèse de doctorat de Lousot, soutenue en 1887-1888 devant la Faculté de Médecine de Paris, et celle de Legrain, de la Faculté de Médecine de Nancy 1888-1889, où l'on trouve une étude très approfondie des divers micro-organismes de la blennorrhagie et des diverses manières de les isoler et cultiver séparément. Nous reviendrons du reste à cette thèse dans notre chapitre sur les cultures du gonococcus.

Nous allons tout de même faire un simple aperçu historique de cette question en nous aidant des thèses déjà parues et de l'article de Bricon publié dans le *Progrès médical* de 1884, n^{os} 32-33.

En 1837, Donné prétend que dans tout pus blennorrhagique on trouve les mêmes microbes que dans le pus ordinaire et que si l'on y trouve le vibrio lineola ou le trichomonas vaginalis ce n'est que par hasard.

En 1862, Jousseau attribue, comme nous l'avons dit plus haut, le germe de la maladie à une algue à laquelle il donne le nom de genitalia.

En 1872, Hallier commence déjà à décrire un micrococcus qui pour lui se trouverait dans le pus blennorrhagique et qu'on retrouvait même ailleurs dans les leucocytes et dans le sang. On voit donc que déjà à cette époque on voyait dans la blennorrhagie une maladie infectieuse à manifestations très différentes.

En 1873, Salisbury prétend que dans le pus blennorrhagique on trouve des spores très tenus et rangés par séries de 2 ou 4. Or nous verrons plus bas que la descrip-

tion que nous donnerons du gonococcus de Neïsser ne diffère guère de celle de Salisbury.

En 1878, Bouchard admet un microbe spécial de la blennorrhagie et le décrit.

En 1879, Neïsser le fait accepter à Breslau.

En 1885, Jullien l'étudie encore et le découvre dans l'ophthalmie des nouveau-nés, l'orchite blennorrhagique et c'est alors que Leicht à Nancy, Eraud de Lyon, Crivelli de Paris se mettent à l'isoler, le cultiver et que Cornil et Babès dans l'ouvrage intitulé : *Des Bactéries* décrivent toute la vie de ce microorganisme.

Depuis ce moment le gonococcus a sa vie propre et est connu à tel point que à l'infirmerie spéciale de la prison de Saint-Lazare c'est le microscope en main que Jullien diagnostique certains écoulements douteux soit de l'urèthre soit du vagin.

On a cependant bien des fois nié l'existence de ce microorganisme et si nous ouvrons le Lyon médical de 1890, pages 205 à 210, nous y trouvons une longue discussion entre Eraud, Arlaing, Delore, Ollier, Girin, où le gonococcus est bien battu en brèche parce que, a-t-on dit, les cultures obtenues n'ont pas toujours pu provoquer la maladie. Mais nous savons très bien que certains sujets à certains moments sont absolument réfractaires à une affection microbienne bien que détenant en eux-mêmes le germe de la maladie.

De plus les ouvrages de Eraud et la thèse de Legrain nous montrent ce microorganisme reproduisant la maladie. Vibert ne l'accepte pas comme preuve en médecine légale, mais de ce que dans certains cas il n'est pas une

preuve suffisante d'un acte criminel il ne faut pas aller jusqu'à nier son existence.

Nous trouvons dans le *Lyon médical*, année 1891, page 529, une très belle observation d'Aubert.

« On lui amène même une toute petite fillette pour une vulvite. Il n'y a eu aucun attouchement ni aucun rapport sexuel et cependant on trouve le gonocoque dans le pus de cette vulvite. On visite la mère, rien de suspect. On visite le père, rien encore de suspect : mais en faisant uriner ce dernier on trouve dans son urine la présence des gonocoques. Du reste, il avoue avoir eu dans le temps la blennorrhagie. »

Voilà donc l'origine de la vulvite de l'enfant. Nous n'allons pas rechercher comment les gonocoques ont pu passer du père chez l'enfant, nous ne faisons que constater leur présence.

Laissons maintenant de côté le microbe lui-même pour examiner comment on est arrivé à trouver que cette maladie pouvait se généraliser et présenter des manifestations très diverses chez le même sujet ou chez des sujets différents. Nous verrons quels sont les endroits où on a trouvé ces gonocoques et arriver ainsi à sa localisation dans les glandes vulvo-vaginales, en ne faisant que mentionner sa présence dans les articulations (1), les ophthalmies des nouveau-nés (2) et les testicules (3), la bouche, etc., etc.

1. Hall et Watrel.

2. Jullien.

3. Jullien.

En 1872.	Griffon
1873.	Mareschal
1878.	Gruget
1879.	Huguenin
1880.	Chevalerias
1882.	Bartet, Boutin, Varailon
1886.	Fauvel

Font paraître successivement des thèses inaugurales sur les abcès des grandes lèvres et de la glande vulvo-vaginale, sur les fistules consécutives à ces abcès. Tous attribuent bien à la blennorrhagie un rôle très important dans cette affection, mais tous ajoutent que outre la blennorrhagie le traumatisme seul peut faire développer ces mêmes abcès. Mais si l'on vient à prendre dans ces thèses les observations citées on voit que le mot abcès des grandes lèvres et abcès de la glande vulvo-vaginale ont été souvent pris comme synonyme l'un de l'autre, on aurait donc confondu deux affections bien différentes en une seule. De plus on verra que le microscope n'est jamais venu contrôler la nature du pus et je crois que s'ils avaient cherché comme nous la présence du gonococcus dans ces cas ils auraient peut-être trouvé sa présence même chez des sujets où il n'y avait ni blennorrhagie, ni vulvite, ni écoulement, comme nous le verrons dans beaucoup de nos observations. Voilà peut-être la raison qui les a conduits à faire deux classes de bartholinites : les bartholinites blennorrhagiques et les bartholinites traumatiques.

Comment dès lors expliquer l'arrivée du gonocoque dans

ces glandes s'il n'existe pas dans le vagin. Voilà ce qui de prime abord paraît singulier mais qu'il est facile cependant d'expliquer. Le microbe peut avoir existé avant même tout contact sexuel, comme le prouve l'observation déjà citée d'Aubert, ou bien être resté dans les conduits de la glande à la suite d'une manifestation ancienne blennorrhagique, y avoir séjourné et s'y être reproduit au point de provoquer la formation d'un abcès de la glande : ou bien encore il peut se faire qu'il y a été apporté par un attouchement ou coït malsain : Alors il attendra là un moment propice pour se développer et se reproduire et former un abcès qui se videra. Mais comme la glande a une foule de culs-de-sac il y restera toujours quelques gonocoques qui en se multipliant de nouveau formeront de nouveaux abcès, ce sera bien là l'explication de ces abcès à répétition qui sont si difficiles à guérir ou de ces fistules intarissables.

Cherchons maintenant dans les auteurs divers, qui ont décrit ces diverses affections leurs opinions à ce sujet. Nous trouverons partout que celle qui est généralement admise est en faveur de notre étude c'est-à-dire en faveur du gonocoque. Prenons d'abord le *Traité de pathologie générale*, de M. Hallopeau, deuxième édition de 1887, pages 215 à 218, nous verrons que l'auteur prouve non seulement l'existence du gonocoque mais encore l'admet dans toutes les différentes manifestations de la blennorrhagie et en même temps il reconnaît que ses cultures mêmes à la 3^e génération ont pu reproduire entre les mains de Bümm, de Bockhartel de Bockai des manifestations diverses de la maladie. Si nous prenons l'ouvrage de Jullien sur les *Maladies vénériennes*, page 260, nous

verrons que Jullien en décrivant la *bartholinite* ne cite que la *bartholinite blennorrhagique*. Si nous prenons les *Cliniques chirurgicales* de Gosselin, tome III, deuxième édition, pages 12 et suivantes, nous verrons encore que l'opinion de ce maître est en notre faveur. Si nous consultons l'ouvrage de Cornil et Babès, auteurs connus pour ne se prononcer que sur des expériences absolument sûres, nous verrons que s'ils n'ont pas adopté entièrement et formellement notre opinion sur les bartholinites ils ne la nient point et ne la rejettent point. Ce qui est déjà pour nous un grand encouragement pour notre étude.

CHAPITRE II

ANATOMIE DE LA GLANDE.

L'anatomie de la glande a été souvent étudiée et décrite par les auteurs et Fauvel lui-même en a fait une très bonne description dans sa thèse que nous avons citée plus haut. Cependant nous ne pouvons entièrement la passer sous silence surtout quand c'est cette étude qui fait le but de notre thèse inaugurale.

Les glandes vulvo-vaginales ou de Bartholin signalées depuis longtemps par Duverney, Bartholin, et tant d'autres, sont situées sur les parties latérales et postérieures du vagin à un centimètre et demi environ de son orifice. Elles ont un volume variable suivant la personne. En général elles ont la grosseur d'un haricot blanc ou d'une noisette. Certains prétendent même que celle de gauche serait plus volumineuse que celle de droite, ce qui semblerait peut être expliquer la fréquence de l'abcès de ce côté plutôt que du côté droit. Elles sont d'une coloration rosée et se composent de granulations, lobules et lobes disséminés dans le tissu ambiant. Les granulations débouchent dans des sinus d'où partent des canalicules qui à

leur tour s'abouchent les uns dans les autres et ne forment plus à la sortie de la glande qu'un seul et même conduit, qui vient déboucher entre les caroncules myrtiformes ou la membrane hymen et la partie interne de la petite lèvre correspondante après un trajet sinueux de deux centimètres environ. Quelquefois même on y trouve plusieurs orifices qui se voient facilement à l'œil nu et par où on peut même faire passer un stylet.

Dans l'intérieur de la glande, d'après Sinéty (*Traité pratique de Gynécologie*, Paris, 1884, page 50) les granulations sont tapissées par un épithélium cubique. Celui des canalicules serait cylindrique et stratifié. La glande, d'après ce même auteur, serait non limitée par une membrane propre mais bien au contraire desséchée dans le tissu ambiant. Nous nous rangeons entièrement à cet avis-là et c'est même grâce à cette disposition et à ces rapports que l'on peut expliquer les poussées purulentes qui fusent de toutes parts et qui peuvent se diriger dans n'importe quel sens.

Ces glandes sont situées très profondément. Elles sont en rapport en haut, en avant et en dedans avec le bulbe du vagin qui les sépare en dedans du vagin ainsi qu'une expansion de l'aponévrose moyenne du périnée. En bas et en dedans, elles touchent aux veines hémorroïdales inférieures. En dehors, elles sont en rapport presque direct avec l'ischion. En avant elles sont en rapport avec des branches des veines hémorroïdales qui viennent du bulbe et enfin en arrière elles sont en rapport avec l'aponévrose moyenne du périnée. Les artères viennent de la clitoridienne. Les veines vont au bulbe puis aux hémorroïdales

et de là aux honteuses internes. Les lymphatiques se rendent aux ganglions situés à la partie latérale du vagin et du rectum ou bien d'après Cruveilhier dans les ganglions inguinaux. Le mucus sécrété est transparent, filant, semblable à de la gomme.

L'inflammation qui provoque l'augmentation de volume de la glande et sa suppuration peut se produire sournoisement, avec lenteur, suivant que le gonocoque qui y a pénétré y trouve un milieu plus ou moins bien disposé pour sa culture. Alors on voit la tuméfaction se former progressivement sans même quelquefois que la malade s'en doute. C'est alors que l'on peut trouver des bartholinites sans traces de blennorrhagie mais non sans gonocoques. Ou bien au contraire la tuméfaction se forme brusquement, alors la malade accuse une grosseur douloureuse pendant quelques jours et qui ensuite suppure et s'abcède. Pour expliquer les abcès à répétition, il faut d'abord reprendre le premier abcès à son début, puis si l'abcès vient à s'ouvrir tout seul sans aucune intervention la malade se croit guérie et ne fait plus attention à sa tumeur. Si l'abcès se ferme, elle se croit encore guérie et ne se doute pas qu'il est resté dans la glande des gonocoques qui se reproduiront plus ou moins promptement et feront ainsi réapparaître une ou plusieurs fois et à des intervalles plus ou moins éloignés la tumeur primitive. Si au contraire la cicatrisation ne se fait qu'incomplètement il restera alors une fistule par où s'écoulera sans cesse le trop plein des produits de la glande avec les microorganismes de l'infection. Ce qui explique facilement les blennorrhagies contractées avec des personnes qui pa-

raissent saines. Ce qui expliquera encore comment une malade pourra aujourd'hui, jour où les microbes se déverseront au dehors, contaminer des personnes tandis que un moment après ou le lendemain quand il ne s'écoulera plus de microbes elle ne contaminera personne.

CHAPITRE III

ÉTUDE SUR LE MICROORGANISME DE LA BARTHOLINITE. SA CULTURE.

Pour ce chapitre revenons un peu avec plus de détails sur la thèse de Legrain de Nancy citée plus haut, nous allons y trouver une étude détaillée du pus blennorrhagique et où l'auteur a cherché les divers microbes qui s'y trouvent. Il les a séparés, cultivés, reproduits et inoculés. Il a même fait l'étude de pus d'une bartholinite et il y a trouvé plusieurs microbes que nous avons aussi trouvés et qui sont trop bien décrits avec planches à l'appui dans sa thèse, pour que nous les reproduisions ici. Ce sont en plus du gonococcus de Neisser le micrococcus pyogène, le micrococcus lacteus, le micrococcus faviformis et même une sarcine blanche de 0 à 4 μ , il en a fait les cultures séparément, les a inoculées, et n'a jamais pu reproduire la maladie avec ces derniers. Il a encore trouvé dans le pus blennorrhagique beaucoup d'autres microcoques mais il n'a jamais pu reproduire la maladie avec ceux-là. En 1879 Bouchard et Capitan ont essayé, mais sans résultat, de produire la blennorrhagie avec des cultures de gonocoques. Mais en 1880 Bockai et Finkelshtein inoculent leurs cultures à cinq sujets bénévoles et trois ont eu la maladie.

En 1884 le 22 octobre Constantin Paul cite à la Société de thérapeutique le cas d'une jeune fille ayant eu une uréthrite aiguë à la suite d'une inoculation de culture de gonococcoques. C'est en remarquant ce fait que jamais un de ces différents organismes n'a pu reproduire la blennorrhagie ni aucun autre accident secondaire à cette maladie, que, laissant de côté tous ces différents microbes, nous n'avons absolument cherché dans les bartholinites que l'existence du gonococcus Neisser, le seul qui ait paru constant jusqu'à aujourd'hui dans toutes ces affections. Nous citerons plus loin les observations que nous avons pu prendre dans les services du Dr Verchère à l'infirmerie de Saint-Lazare ou à l'hôpital de Lourcine dans les services de M. le Dr de Beurmann et du Dr Renault qui malheureusement pour nous ne sont pas très nombreuses.

Pour nous guider dans la recherche de ce micro-organisme nous avons suivi les préceptes de notre maître Jullien.

Avec un tube stérilisé et après avoir bien lavé et rendu aseptique au moyen d'une solution d'acide borique la lèvre et l'entrée du vagin, de même que les environs de l'orifice des glandes vulvo-vaginales, nous prenons par l'aspiration le pus qui se trouve dans son conduit en le faisant sortir par la pression exercée sur la glande suppurée par le doigt que nous avons préalablement introduit dans le vagin. Après avoir recueilli ce pus nous en déposons une goutte sur une lamelle préalablement flambée et exposée pendant une ou deux minutes aux vapeurs de l'acide osmique. Nous colorons ensuite la préparation avec une solution aqueuse phéniquée et filtrée de violet de

méthyle et le tout est séché et monté avec le baume de Canada. On aperçoit alors au microscope des microbes arrondis et groupés deux à deux de $1/2$ à 1 millième de millimètre sphériques réfringents qui contournent les globules de pus. Ils pénètrent même ces derniers et viennent se grouper en amas autour de leur noyau. Ces microbes sont les gonocoques.

Legrain de Nancy donne une marche à suivre qui est bien plus commode et bien plus simple. On met sur une lamelle qu'on aura soin de stériliser et de dessécher une goutte du pus recueilli. Puis on y verse une solution alcoolique saturée de fuschine. Alors les gonocoques sont colorés en brun.

Voici les caractères que leur attribue Eraud de Lyon (*Lyon médical. Société nationale de médecine de Lyon*, page 205).

Coloration blanche de ses cultures en îlots ou amas.

Ne se décolore pas par la méthode de Gram.

C'est de ces diverses manières que nous nous sommes servi dans nos observations pour découvrir dans tous nos cas la présence de ce microorganisme.

Les thèses précitées et les ouvrages d'Eraud nous donnent beaucoup de renseignements sur la manière de cultiver ce microbe. Nous les avons essayées sous la direction de certains maîtres et nous n'avons pu arriver entièrement au même résultat que Legrain. Tandis que ce dernier nous le montre dans sa thèse avec planches à l'appui dans toutes les phases de son existence, malgré toutes les précautions dont nous nous sommes entourés nous n'avons pu avoir qu'un résultat analogue à celui d'Eraud,

c'est-à-dire comme dit ce dernier (*Lyon médical*, p. 205)
« une culture blanchâtre qui inoculée sous la peau ne
« donne pas d'abcès ni d'inflammation mais qui inoculée
« dans un testicule provoque une orchite blennorrhagi-
« que ».

Voici encore dans le *Lyon médical*, 1891, pages 281 à 290, ce que nous dit Eraud sur les cultures de ce micro-organisme.

« En ensemençant sur Agar du pus blennorrhagique
« dès les 5 à 8 premiers jours et la température de 32° à
« 34° centigrades on a une culture formée d'îlots blanchâ-
« tres formant par accroissement une plaque unique,
« épaisse, parcheminée. Cette culture présente un micro-
« organisme analogue à celui de Neisser qui liquéfie
« la gélatine, mais on ne peut reproduire la maladie ».

Autre culture d'Eraud.

« Avec la culture sur Gélose on aensemencé 7 litres
« de bouillon de veau contenant 35 grammes de peptone
« par litre. On a abandonné les ballons pendant 18 jours
« en les agitant de temps en temps et en les conservant
« à la température de 32° à 34° centigrades. On a filtré le
« tout et précipité par 31 litres d'alcool à 93°. Le mé-
« lange a été abandonné pendant 6 jours dans des vases
« de terre. On a alors obtenu un dépôt floconneux qui a
« été filtré, lavé à l'alcool et dissous dans l'eau. On a dia-
« lysé l'eau pendant 24 heures. Il est alors resté 300 centi-
« mètres cubes d'un liquide aqueux qui étendu d'eau fil-
« trée sur porcelaine et précipité par l'alcool présente la
« réaction d'une toxalbumine et qui inoculé dans le péri-
« toine d'un chien ne provoque rien, tandis qu'inoculé

« dans le testicule il provoque une orchite blennorrhagique. »

Voyons maintenant ce que nous avons obtenu nous-même et la manière dont nous avons opéré. Nous avons pris de la manière que nous avons décrite plus haut le pus de toutes nos bartholinites et nous les avons cultivées à part après avoir reconnu l'existence du gonocoque et l'avoir isolé. Voici ensuite ce que nous avons remarqué et dans quels liquides nous avons fait nos cultures.

Nous en avons essayé plusieurs mais nous ne décrivons ici que celles qui nous ont donné le meilleur résultat.

L'ensemencement a été fait dans un bouillon à l'extrait de viande Liebig mélangé avec 8 parties de peptone, 100 parties d'eau et 0,50 centigrammes de chlorure de sodium et de phosphate de soude. Après avoir neutralisé le bouillon il a été solidifié à l'Agar-agar. Deux heures et demie après l'ensemencement nous avons remarqué un trouble léger de très peu d'épaisseur à la surface. A partir de ce moment le trouble s'accroît, son épaisseur varie à peine et la substance commence à se liquéfier. Entre la sixième et la septième heure les microorganismes sont nettement groupés en îlots blanchâtres au nombre de 1 à 4 ensemble bien limités. Ce qui est bien analogue aux îlots décrits par Eraud. Ils restent dans cet état pendant environ 48 heures, après quoi tout disparaît sans laisser de traces sensibles.

Nous avons fait les mêmes cultures dans les mêmes conditions sur la gélatine : le résultat a été identique. Le trouble apparaît le troisième jour et la liquéfaction commence dès le quatrième jour.

Les cultures sur le sérum artificiel n'ont pas donné de résultats nets et suffisamment appréciables.

Nous sommes donc arrivé avec le pus de nos bartholinites à un résultat analogue à celui d'Eraud et de Legrain avec le pus de la blennorrhagie chez l'homme, nous pourrions donc dire comme eux que la bartholinite a la même origine que l'urétrite blennorrhagique de l'homme c'est-à-dire une origine microbienne.

La difficulté pour nous de faire des inoculations et de chercher à reproduire cette maladie nous a empêché de pousser plus loin ces recherches.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE CES ABCÈS.

Nous avons eu l'occasion de posséder une bartholinite. Nous avons enlevé la glande dans le service du chirurgien Vercnère, à l'infirmerie spéciale de la prison de Saint-Lazare. Nous l'avons examinée au microscope et nous avons trouvé dans les globules du pus et dans les alvéoles de la glande même dans les plus reculées la présence du gonocoque en même temps qu'une forte inflammation des parois de ces alvéoles, chose qui ressemble bien à l'inflammation produite par le même microbe dans le testicule. Peut-être, en poussant plus loin cette étude, aurions-nous trouvé dans ces glandes les mêmes transformations que dans l'orchite blennorrhagique, c'est-à-dire la transformation fibreuse d'une partie et même de tous les tissus de la glande. Si on trouvait cela, on pourrait alors expliquer la rétention des gonocoques dans les alvéoles et conclure en même temps à l'inutilité de conserver une glande qui ne sert plus à rien. Mais nous n'avons pas eu l'occasion de suivre les progrès des transformations pathologiques de cet organe. Aussi ne pourrions-nous pas tirer de cette partie une indication absolue pour l'ablation de cette glande : nous nous contentons de

la signaler en passant et de nous baser sur d'autres preuves et d'autres observations pour conseiller l'extirpation entière de la glande surtout dans certains cas.

Si l'affection se trouve localisée seulement dans les conduits sans qu'il y ait eu encore envahissement complet du tissu glandulaire on comprendra que l'ouverture du sac, formé par la dilatation d'un des conduits glandulaires, avec quelques simples cautérisations, sera suffisante, car les gonocoques ne s'étant pas encore répandus dans les culs-de-sac alvéolaires pourront être détruits entièrement. Mais si l'on a affaire à une bartholinite à répétition ou chronique avec fistule intarissable il ne faudra plus s'arrêter à de pareils traitements. Il faudra avoir de suite recours à des moyens chirurgicaux, c'est-à-dire enlever la glande entière avec le trajet fistuleux. C'est là le moyen le plus sûr de ne laisser aucun germe de la maladie et d'éviter ainsi toute sorte de récurrence. L'opération, du reste, bien qu'étant radicale, ne présente aucun danger spécial et est aussi simple que l'ouverture de l'abcès.

Avec les procédés d'aujourd'hui l'extirpation de la glande, tout en assurant une guérison sûre et radicale, conduit aussi à une cicatrisation plus rapide. Deux ou trois petites injections de chlorhydrate de cocaïne autour de la glande pour anesthésier les parties à inciser, l'ablation de la glande qui est dès lors indolore et peut être faite très rapidement, 2 ou 3 points de suture, un léger pansement suffisent, si l'on a eu soin de suivre les moindres règles de l'antisepsie, pour assurer une guérison entière au bout de 8 jours ; tandis que pour les autres procédés

il faut plus de soins. Il faut cautériser plusieurs fois en général tous les 2 jours, soit avec le thermocautère, soit avec tout autre caustique, l'abcès ouvert et changer très souvent les pansements. De plus, la cicatrisation n'ayant pas lieu par première intention sera plus longue que l'autre, moins régulière et déformera même la vulve. De plus si les cautérisations n'ont pas été assez profondes et si par hasard on a laissé dans une alvéole de la glande le moindre microorganisme on sera presque sûr de voir la tumeur récidiver. Il faut donc bien mieux agir radicalement dès le début, enlever entièrement la glande et son conduit. Voilà du reste le procédé qui a presque toujours été employé par notre maître Verchère à l'infirmerie spéciale de la prison de Saint-Lazare, qui lui a donné les meilleurs résultats et que nous nous permettrons de recommander aux praticiens.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS.

Nous ne transcrivons pas dans cette étude les diverses observations citées dans les thèses précédemment parues, dans celle de Fauvel ou d'autres. Nous ne donnerons ici que celles qui ont été prises par nous soit à l'hôpital de Lourcine, soit à la prison de Saint-Lazare.

OBSERVATION I (personnelle).

*Prise dans le service du D^r de Beurmann à l'hôpital de
Lourcine.*

La nommée L. G., âgée de 20 ans, domestique, habitant Paris depuis 8 mois, entre le 14 novembre 1891 à la salle Goupil, lit n° 6. La malade n'a jamais eu de maladies antérieures. Elle arrive à l'hôpital et accuse quelques légères pertes blanches. Pas de douleurs pendant la miction ni pendant le coït. Il n'y a à peine que 15 jours qu'elle s'est aperçue qu'elle perdait en blanc. Du reste son linge est à peine taché. On ne trouve aucune trace d'urétrite ni de

vaginite. Mais on trouve une bartholinite double, indolore, même à la pression. La malade n'a jamais souffert de ces tumeurs et ne peut nous dire quand elles ont débuté.

Le 16, nous recueillons du pus des deux abcès et nous trouvons dans les deux beaucoup de gonocoques.

OBSERVATION II (personnelle).

La nommée R. C..., âgée de 23 ans, blanchisseuse, habitant Paris depuis 2 ans, arrive au même hôpital et dans le même service, salle Goupil, lit n° 11, le 10 novembre 1891.

Elle est syphilitique et a eu un chancre et un bubon il y a 6 ans. Elle prétend n'avoir jamais eu d'écoulements vaginaux auparavant. Mais il y a deux ou trois jours elle a ressenti une violente douleur à ses parties génitales, douleur qui a été suivie d'une grosseur très peu douloureuse et qui s'est ouverte la veille de son entrée à l'hôpital.

Du reste, elle a eu il y a 5 ans une tumeur analogue et située au même endroit sans cependant avoir eu de pertes blanches. Mais à ce moment-là elle avait beaucoup de rapports sexuels. Aujourd'hui il n'y a aucune trace de vaginite ni d'urétrite.

Le 15 du même mois nous prenons du pus de son abcès et nous y trouvons au microscope une quantité de gonocoques.

OBSERVATION III (personnelle).

Dans le même service dans la salle Astruc, lit n° 28, il entre le 11 décembre 1891, la nommée E. L... marchande aux halles, âgée de 21 ans, syphilitique. Il y a 1 ou 2 mois elle a été soignée pour une vulvite qui maintenant est guérie. Mais aujourd'hui on aperçoit dans la grande lèvre un abcès de la glande vulvo-vaginale. La malade prétend avoir cette grosseur depuis près de 8 jours et ne pas en souffrir du tout.

Nous recueillons le pus de cette bartholinite et nous y trouvons des quantités de gonocoques.

OBSERVATION IV (personnelle).

Un peu plus tard, le 23 décembre 1891, dans le même service, salle Astruc, lit n° 35, il entre la nommée L. M..., âgée de 24 ans, blanchisseuse, mariée, pas d'enfants. Elle a depuis longtemps des pertes blanches. Légère uréthrite. Elle a aujourd'hui un abcès de la glande vulvo-vaginale gauche. Elle refuse de se laisser ouvrir l'abcès, mais pendant la nuit suivante il s'est ouvert tout seul. Le 24 décembre nous en recueillons le pus et nous y trouvons la présence de gonocoques.

OBSERVATION V

Un de nos amis, le Dr Henri Millier, du département de Loir-et-Cher, nous adresse la communication suivante sans pouvoir en préciser la date. Un de ses clients vient le consulter pour une blennorrhagie contractée avec une jeune fille de l'endroit. Quelques jours après la jeune fille vient à son tour. Elle est examinée, on ne trouve aucune trace de vaginite, mais il existe un abcès de la glande vulvo-vaginale qui est aussitôt ouvert au bistouri.

Voilà les observations que nous avons pu trouver depuis que nous recherchons le gonocoque. Mais les suivantes qui ont été prises par nous il y a deux ans environ pendant que nous étions interne de M. Verchère, à Saint-Lazare, bien que le diagnostic n'ait pas été contrôlé par le microscope, seront encore intéressantes pour notre étude, surtout au point de vue du traitement.

OBSERVATION VI (personnelle).

La nommée A. L..., âgée de 21 ans, couturière, entre le 27 janvier 1890 à l'infirmerie spéciale de la prison de Saint-Lazare, salle 10, lit 11, pour un chancre de la fourchette. Mais elle prétend n'avoir rien eu avant. Aujourd'hui on trouve le chancre et de plus une leucorrhée abondante

avec uréthrite douloureuse, un anus infundibuliforme et un abcès de la glande vulvo-vaginale gauche qui a débuté 8 à 10 jours environ avant son entrée.

Le 24 février, on décide la malade à se laisser ouvrir l'abcès et extirper la glande.

Le 15 mars, la malade était guérie.

OBSERVATION VII (personnelle).

La nommée Cor... M... âgée de 19 ans, domestique, entre le 19 novembre 1889 à l'infirmerie. Le 8 janvier, quand nous avons pris le service, nous trouvons une double bartholinite.

Celui de gauche a débuté il y a 2 ans sans cause connue pour la malade, aujourd'hui il reste une fistule d'où s'écoule un liquide séro-purulent.

Celui de droite a débuté, nous dit la malade, il y a deux mois sans cause également connue, il est aujourd'hui de la grosseur d'un œuf de pigeon. Aujourd'hui la grande lèvre droite est déformée, on aperçoit de ce côté une fistule complète avec ouverture interne dans le vestibule derrière les petites lèvres.

Le 1^{er} février, on enlève la fistule droite avec le bistouri et la curette et on place quelques points de suture.

Le 17 février, la malade étant guérie de sa première opération, on fait la même opération à gauche.

Le 3 mars, la guérison est complète.

OBSERVATION VIII

La nommée B... H..., âgée de 20 ans, entre dans le service, le 25 novembre 1890, elle n'a jamais été malade. Vers le commencement du mois, elle a senti une tumeur se déclarer, la police l'a surprise, elle arrive à l'infirmerie pour un abcès de la grande lèvre, on l'opère pour enlever la glande, et le 20 décembre elle sort entièrement guérie.

OBSERVATION IX (personnelle).

La nommée V... A..., âgée de 18 ans, entre à l'infirmerie dans notre service. Elle a eu une salpingite qui il y a deux mois environ a été soignée à l'hôpital Necker chez le professeur Dieulafoy; 6 mois après, elle est revenue à l'hôpital dans le même service pour un abcès de la grande lèvre gauche qu'on a ouvert au bistouri mais sans ablation de la glande. Cet abcès a récidivé deux fois pendant le temps qu'elle a passé à l'hôpital. Aujourd'hui on voit suinter du pus des conduits de la glande, on ne l'opère pas parce qu'elle est sortie avant sa guérison par ordre de la police.

OBSERVATION X

La nommée G... A..., entre dans le service du Dr Verchère le 11 mai 1891. Elle est âgée de 18 ans. Il y a environ 3 mois elle a été traitée à la prison de Nanterre pour un abcès qui, d'après le dire de la malade, a duré très longtemps et qui se trouvait placé sur la grande lèvre gauche.

Elle n'a pas été opérée, l'abcès s'est ouvert seul ; il n'y a pas de fistule mais il reste encore aujourd'hui de la sclérose de la grande lèvre.

OBSERVATION XI (personnelle).

La nommée T... M..., âgée de 24 ans, couturière, entre dans notre service le 5 mai 1890 ; ses règles sont régulières. Elle est syphilitique et a la gale. De plus sur la grande lèvre gauche il y a un orifice par où pénètre un stylet et d'où sort un liquide séro-purulent. Nous apprenons que la malade a eu dans le temps un abcès qui a été simplement ouvert au bistouri à l'hôpital Laënnec, qui a récidivé, d'où nouvelle ouverture, et à la suite duquel il reste la fistule signalée plus haut. La malade refuse de se laisser opérer.

OBSERVATION XII (personnelle).

La nommée M... M..., entre à l'infirmerie spéciale dans notre service, salle n° 10, lit 6, le 21 janvier 1890. Elle est syphilitique. Elle est de plus, malade depuis jeudi dernier. Alors elle s'est aperçue d'une grosseur sur la grande lèvre gauche très douloureuse. Deux jours après son arrivée dans le service l'abcès s'ouvre de lui-même. Pendant ce temps, le 8 février, nous trouvons des sillons de gale que l'on traite. Puis comme l'abcès ouvert tend à ne pas cicatriser et à devenir fistuleux le 19 mars on incise au bistouri et aux ciseaux tout le trajet. On cautérise en plus toute la plaie ainsi faite au chlorure de zinc parce que la cicatrisation n'arrive pas assez vite, et le 23 avril la malade sort guérie.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Que nous avons conservée pour la fin et qui nous est personnelle bien que n'étant plus interne dans le service, mais dont nous avons conservé la glande et le pus pour les examiner au microscope.

La nommée A... A., âgée de 18 ans 1/2, blanchisseuse, entre dans le service du D^r Verchère le 20 décembre 1891. Elle a été réglée à 16 ans, et à 17 ans elle a com-

mencé à avoir des rapports sexuels. Il y a un an elle a fait une fausse couche. Ses règles ne sont pas douloureuses. Mais il existe de la leucorrhée et des douleurs dans le ventre assez appréciables. Elle a été traitée à l'hôpital de Saint-Louis il y a deux ans pour une syphilis secondaire, mais elle ne peut pas dire le service où elle a séjourné.

Aujourd'hui on trouve de l'urétrite, de la vaginite et une adénite inguinale gauche. De plus, sur la grande lèvre droite on remarque une tumeur profonde qui ne peut être qu'un abcès de la glande vulvo-vaginale. Du reste par l'orifice du conduit on voit sortir par la pression un liquide séro-purulent que nous recueillons dans un tube stérilisé. Nous l'examinons et nous y trouvons des gonocoques. Quelques jours après on enlève la glande et c'est alors que nous avons pu examiner et voir au microscope les lésions que nous avons décrites dans le chapitre IV de notre thèse.

On a fait quelques points de suture et le 14 décembre la malade sort entièrement guérie.

Vu : le Président de la thèse,
FOURNIER.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLEAU DE MONTAGNE DE PARIS

PARIS, 1850